|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  .Директору Департаменту соціального  |
|  |  |  |  |  | захисту населення облдержадміністрації |
|  |  |  |  |  | П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |  | Особи з інвалідністю \_\_\_\_\_ групи  |
|  |  |  |  |  |  (захворювання)  |
|  |  |  |  |  | П.І.Б. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |  | Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Заява** |
|  Прошу надати довідку про те, що я перебуваю на обліку для забезпечення спецавтотранспортом. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |  |  |  |  *(підпис)* |  |